

Tratamiento bimodal de la colangitis hidatídica. Informe de un caso

Bimodal management of acute hydatid cholangitis. A case report

Luciano Nahás Combina, Manuel Cervetti, Mónica Pasarin, Fernando Martínez Lascano, Daniel García Andrada

Nuevo Hospital
San Roque, Córdoba,
Argentina

Correspondencia:
E-mail:
manuelcervetti_1@
hotmail.com

La enfermedad hidatídica (EH) es una infección parasitaria producida por la larva del género *Equinococcus*, más frecuentemente de la especie *E. granulosus*¹. La infección tiene una distribución geográfica cosmopolita. Las regiones con mayor prevalencia a nivel mundial son: Europa y Asia (región Mediterránea, China y Rusia), África (región nordeste), Australia y América del Sur. En la Argentina, la EH está difundida en todo el territorio –es más prevalente en zonas rurales– y afecta a un 30% de este comportándose de manera endémica².

El hígado es el órgano más frecuentemente afectado en el 75% de los casos³. La forma de presentación varía según el tamaño y la velocidad de crecimiento del quiste. En la mayoría de los casos son asintomáticos. La ruptura intracanalicular, la complicación más frecuente, puede dar como resultado la formación de una fístula quistobiliar en el 5-25% de los casos⁴. Como consecuencia, la ictericia obstructiva y la colangitis aguda causadas por remanentes hidatídicos en la vía biliar principal se pueden observar tanto en el preoperatorio como en el posquirúrgico.

La cirugía está indicada en pacientes sintomáticos o con complicaciones de la EH. El objetivo principal es la escisión total de la lesión. El manejo quirúrgico depende del número, tamaño, localización de los quistes y las complicaciones asociadas. Los métodos endoscópicos son

alternativos a la cirugía para el tratamiento de las complicaciones con menor morbilidad y tiempo de estadía hospitalaria⁵. La asociación de ambos para el tratamiento de la colangitis aguda constituye el tratamiento bimodal (TB). La combinación de esfinteropapilotomía endoscópica (EE), drenaje quirúrgico de la vía biliar principal y el tratamiento del quiste conforma el tratamiento tripolar⁶.

Se presenta el caso de una mujer de 46 años oriunda de Trelew, provincia de Chubut, República Argentina, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos. Ingresó en el Servicio de Emergencias por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia mucocutánea y fiebre de 39 °C, de 4 días de evolución. Al examen físico se encontró inestabilidad hemodinámica: presión arterial 80/60 mm Hg; frecuencia cardíaca 60 por minuto; temperatura 39,2 °C; frecuencia respiratoria 35 por minuto. Piel y mucosas secas, ictericia mucocutánea. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa ni reacción peritoneal. Fue admitida en Unidad de Terapia Intensiva para manejo de la colangitis.

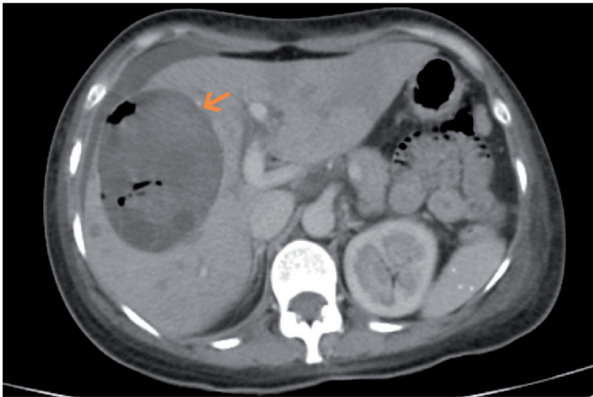
El laboratorio informó hematocrito 35%, eritrosedimentación 6 mm/h, recuento de glóbulos blancos $19,2 \times 10^3/L$, ácido láctico 3,1 mmol/L, aspartato aminotransferasa 419 U/L, alanino aminotransferasa 616 U/L, fosfatasa alcalina 2952 U/L, amilasa 456 U/L, bilirrubina total 21,6 mg/dL, bilirrubina directa 18,7 mg/dL. La ultrasonografía mostró tumoración predominantemente sólida con áreas quísticas en su interior de 121 mm de diámetro en segmento VII y VIII (Gharbi IV). La tomografía computarizada de abdomen evidenció masa heterogénea de 103 × 96 mm con áreas quísticas en segmentos VII y VIII con burbujas aéreas en su interior, compatible con quiste hidatídico abscedado (Fig. 1).

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) objetivó una papila levemente protruida en segunda porción duodenal con material mucinoso en el poro, sin salida espontánea de bilis. Se realizó EE con extracción con sonda de Dormia de bilis purulenta y membranas hidatídicas (Fig. 2).

Se inició tratamiento con albendazol 600 mg/día. La paciente evolucionó favorablemente las primeras 48 horas. Al tercer día registró episodios febriles con empeoramiento de parámetros analíticos de laborato-

Recibido el
25 de agosto de 2015
Aceptado el
15 de febrero de 2016

FIGURA 1



TC que muestra quiste hidatídico abscedado en segmentos VII y VIII del hígado

rio. Se decidió abordaje convencional, operación de Mabit-Lagrot.

Con la paciente en quirófano bajo anestesia general, se realizó incisión subcostal derecha amplia, objetivándose tumoración hepática en segmentos VII y VIII. Se procedió al aislamiento con campos estériles, punción y aspiración de líquido biliopurulento; al reemplazo del contenido del quiste por sustancia esclerizante (solución de cloruro de sodio al 14%); al vaciado del quiste con extracción de membranas germinativas; al destechamiento y marsupialización del quiste (Fig. 3). La colecistectomía retrógrada con colangiografía intraoperatoria objetivó dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática y fístula con el árbol biliar derecho con presencia de restos hidatídicos en colédoco distal (Fig. 4).

Se completó el abordaje tripolar con la coledocotomía y colocación de tubo en T. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos sin complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias. Se otorgó el alta hospitalaria al quinto día posquirúrgico.

Al trigésimo día se realizan ultrasonografía abdominal y tomografía computarizada control sin evidenciarse alteraciones significativas.

La CPRE es un método seguro y eficaz para diagnosticar complicaciones de la EH que involucran la vía biliar principal. Sin embargo, su rendimiento es superior como método terapéutico⁵. Con su advenimiento ha disminuido la necesidad de exploración quirúrgica de la vía biliar con coledocotomía y colocación de tubo en T; no obstante, la cirugía sigue siendo un recurso terapéutico indicado ante el fracaso de la endoscopia.

La ictericia obstructiva y la colangitis aguda son complicaciones comúnmente asociadas a la hidatidosis hepática y están causadas por la obstrucción de la vía biliar por remanentes hidatídicos. Si bien no existe evidencia científica suficiente que avale el uso rutinario de la CPRE de manera preoperatoria, actualmente la EE es el tratamiento de primera línea para la colangitis hidatídica⁵.

FIGURA 2



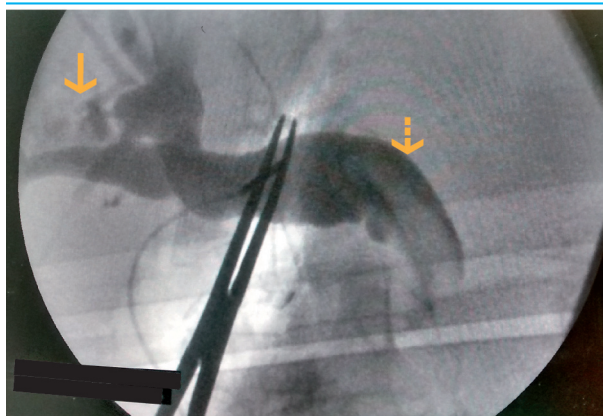
CPRE: extracción de membranas hidatídicas con sonda Dormia

FIGURA 3



Destechamiento del quiste, contenido biliopurulento con vesículas

FIGURA 4



Colangiografía: fuga biliar (línea continua), colédoco ocupado por membranas hidatídicas (línea discontinua)

Los beneficios del uso de la CPRE son, en primer lugar, tratar la colangitis aguda y permitir la cirugía electiva de la EH hepática, reducir el riesgo de fístula biliar posoperatoria y el tiempo de estadía hospitalaria de los enfermos y, por último, extraer membranas hidatídicas de la vía biliar principal sin necesidad de una coledocotomía y así disminuir el porcentaje de casos de exploración quirúrgica del árbol biliar.

En el presente caso, ante la recurrencia de colangitis aguda tras el fracaso de la CPRE, se optó por realizar un tratamiento quirúrgico conservador por su baja tasa de comorbilidad y complicaciones asociadas y debido a la presencia de una gran masa hepática mayor

de 10 cm con proximidad a las venas suprahepáticas⁷.

Se decidió realizar la operación de Mabit-Lagrot, que consiste en el destechamiento y la evacuación interna del quiste que cursó sin complicaciones posoperatorias. Con el drenaje quirúrgico de la vía biliar principal se completó el TB de la colangitis aguda y el tratamiento tripolar de la enfermedad causal.

La CPRE preoperatoria es un método seguro y eficaz para el tratamiento de la colangitis aguda como complicación de la EH. Sin embargo, en aquellos casos en que persiste la infección de la vía biliar, el TB que combina métodos endoscópicos y quirúrgicos constituye el tratamiento de elección para su manejo.

Referencias bibliográficas

1. Sayek I, Yalin R, Sanaç Y. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg. 1980; 115:847-50.
2. Guarnela E. La equinocosis quística como enfermedad parasitaria transmitida por alimentos. Coyhaique: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
3. Regan JK, Brown RD, Marrero JA, et al. Chronic pancreatitis resulting from primary hydatid disease of the pancreas: a case report and review of the literature. Gastrointest Endosc. 1999; 49:791-3.
4. Bedirli A, Sakrak O, Sozuer EM, et al. Surgical management of spontaneous intrabiliary rupture of hydatid liver cysts. Surg Today. 2002; 32: 594-7.
5. Akaydin M, Erosgen F, Ersoy Y, Birol S, Kaplan R. Treatment of hepatic hydatid disease complications using endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedures. Can J Surg. 2012; 55(4):244-8.
6. Nari G, Ponce O, Cirami M, Jozami J, Toblli J, Moreno E, et al. Five Years Experience in Surgical Treatment of Liver Hydatidosis. Int Surg. 2003; 88:194-8.
7. Gavara C, López-Andujar R, Ibáñez T, Ramia J, Herraiz A, Orbis F, et al. Review of the treatment of liver hydatid cysts. World J Gastroenterol. 2015; 21(1): 124-31.